Die croupöse Pneumonie

auf der II. medicinischen Klinik und Abtheilung des Herrn Prof. Dr. v. Ziemssen

im städt. allgem. Krankenhause München l. I.

während der Jahre 1876 und 1877.

Inaugural-Abhandlung

zur Erlangung der Doctorwürde

der

medicinischen Facultät zu München

unter dem Präsidium

des

Herrn Prof. Dr. von Ziemssen

vorgelegt

von

Carl Grashey,
approb. Arzt aus München.

München 1880.

Die croupöse Pneumonie

auf der II. medicinischen Klinik und Abtheilung des Herrn Prof. Dr. v. Ziemssen

im städt. allgem. Krankenhause München l. I.

während der Jahre 1876 und 1877.

Inaugural-Abhandlung

zur Erlangung der Doctorwürde

der

medicinischen Facultät zu München

unter dem Präsidium

des

Herrn Prof. Dr. von Ziemssen

vorgelegt

von

Carl Grashey,
approb. Arzt aus München.

München 1880.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554609_0105

Es sind in den Jahren 1876 und 1877 auf der unter Leitung des Hrn. Direktors Prof. Dr. v. Ziemssen stehenden II. medicinischen Abtheilung 93 Fälle von croupöser Pneumonie in Behandlung gekommen. Es sind hiebei auch jene Fälle mit in Rechnung gezogen, wo die croupöse Entzündung der Lunge nicht die Haupterkrankung war; es sind endlich unter den letal geendeten Fällen auch die sogenannten Terminalpneumonien mit angeführt.

Dem Geschlecht nach waren es 62 Männer und 31 Weiber, die sich ihrem Stande nach, wie folgt, vertheilen:

Männer:

9 Taglöhner	2 Kellner	1 Tapezier
7 Bäcker	1 Priesterhaus-Director	1 Müller
6 Maurer	1 Uhrmacher	1 Maler
6 Tischler	1 Bader	1 Wagner
4 Schlosser	1 Mühlbauer	1 Seiler
2 Schneider	1 Buchbinder	1 Klempner
2 Zimmerleute	1 Bote	1 Töpfer
2 Hausknechte	1 Fuhrknecht	1 Orgeldreher
2 Knechte	1 Schäffler	1 Bürstenbinder.
2 Schuhmacher	1 Eisenbahnarbeiter	

Weiber:

8 Köchinen	2 Kindsmägde	1 Kellnerin
5 Mägde	2 Stubenmädchen	1 Maurers-Wittwe
3 Näherinen	1 Wäscherin	1 Melbers „
3 Taglöhnerinen	1 Ladnerin	1 Metzgers „
2 Zugeherinen		

Nach Alter und Geschlecht vertheilen sie sich in folgender Weise:

Altersklasse	Männer	Weiber	Summa
11—20 Jahre	16	9	25
21—30 „	18	7	25
31—40 „	14	3	17
41—50 „	5	1	6
51—60 „	6	8	14
61—70 „	3	2	5
Ueber 70 „	—	1	1
Summa:	62	31	93

Die 17 Todesfälle vertheilen sich folgendermassen:

Altersklasse	Männer	Weiber	Summa
11—20 Jahre	2	2	4
21—30 „	—	—	—
31—40 „	1	1	2
41—50 „	3	—	3
51—60 „	4	1	5
61—70 „	2	1	3
Ueber 70 „	—	—	—
Summa:	12	5	17

Es starben also von 93 Pneumonikern 17 oder 18,3%. Bezüglich dieses Verhältnisses ist zu berücksichtigen, dass sowohl die Terminalpneumonien, als die schweren Complikationen mit eingerechnet sind.

Von 62 Männern starben 12 oder 19,3%.

Von 31 Weibern starben 5 oder 16,1%.

Für die Altersclasse 61—70 ergibt sich ein Mortalitätsverhältniss von 60%;

Für die Altersclasse 51—60 ein Mortalitätsverhältniss von 62%;

Für die Jahre 41—50 ein Mortalitätsverhältniss von 50%;

Für die Jahre 31—40 ergeben sich 11,7% Todte.

„ „ „ 21—30 „ „ 0 % „

„ „ „ 11—20 „ „ 16 % „

Die 17 Todesfälle nun verhielten sich wie folgt:

I. 3 Todesfälle bei Individuen, welche das 60. Lebensjahr überschritten hatten.

a) B. E., 66 Jahre alt, Wäscherin, am 28. III. 1877 aufgenommen, war fünf Tage vorher mit Stechen auf der Brust und blutigem Auswurf erkrankt, will bereits im verflossenen Winter eine Lungenentzündung gehabt haben. Trachealrasseln, reichliche, schaumige, chokoladefarbene Sputa. Schwache Herzaction. Temperatur wenig erhöht. Pneumonie im rechten Oberlappen. Im Harn zahlreiche epitheliale und hyaline Cylinder. Tags darauf Tod unter Collaps mit erhöhter Temperatur.

Section ergab: croupöse Pneumonie im rechten Ober- und beginnend im linken Unterlappen, mit fibrinöser Pleuritis rechterseits. Myodegeneration Mässiger Grad von Fettniere.

b) J. E., Zimmermann, 64 Jahre alt, am 23. IV. 77 in die Anstalt aufgenommen, war 6 Tage vorher mit heftigem zweistündigen Schüttelfrost erkrankt, der sich in den nächsten Tagen wiederholt hatte.

Starke Cyanose. Hohe Temperatur. Herpes nasalis. Schwellung und Schmerzhaftigkeit des linken Fussgelenkes. Pneumonie im rechten Ober- und linken Unterlappen.

Am 25. IV. Abfall der Pneumonie. Am 2. V. abermals $^1/_4$ stündiger Schüttelfrost, hohe Temperatursteigerung. Tremor. Benommenheit des Sensoriums, Abnahme der Reflexthätigkeit.

Am 4. V. Convulsionen, aussetzende Respiration, Tod.

Sectionsbefund: Linke Lunge total, rechte Lunge im Oberlappen verwachsen. R. O. u. L. U. rothe Hepatisation, Usur am rechten Scheitelbein an dessen hinteren Partieen, bis zur Lambdanaht reichend (vor 30 Jahren ein trauma) Meningitis purulenta.

c) L. N., 62 Jahre alt, Priesterhausdirector, am 4. IV. 76 aufgenommen, litt schon mehrere Jahre an starken Congestionen nach dem Kopfe, seit etwa einem Jahre an Schlafsucht und zunehmender Gedächtnissschwäche. Am 24. I. d. J. bekam er einen Schwindelanfall mit heftigem Zittern der Extremitäten, welcher sich 8 Tage darauf wiederholte. Seitdem nahm die Gedächtnissschwäche rasch zu, es stellte sich anhaltende Schlaflosigkeit ein, einmal vorübergehende Schwellung der beiden unteren Augenlider. Ende März fing Patient an, sehr unruhig zu werden, wesshalb sein Eintritt ins Krankenhaus erfolgte.

Hochgradige Gedächtnissschwäche. Aufgeregtheit, Fluchtversuche. Verfolgungswahn. Häufiger Stimmungswechsel.

Am 16. V. plötzlich starker Frost. Pneumonische Infiltration des linken Unterlappens. — Sputa fehlen. — Am 4. Tage der Pneumonie ein Abfall des Fiebers, jedoch baldiges erneutes Ansteigen der Temperatur. Klonische Krämpfe der Pterygoidei beiderseits, zunehmende Schwäche, vollkommene Benommenheit des Sensoriums; am 22. V. Tod. Section nicht gestattet.

Bei obigen drei Todesfällen handelte es sich mithin

a) um ein 66 jähriges Weib mit degenerirtem Herzmuskel,

b) um einen 64 jährigen Mann, dessen Tod durch Meningitis erfolgte,

c) um eine Terminalpneumonie eines 62 jährigen, an Dementia paralytica leidenden Mannes.

II. 5 Todesfälle von über 50 Jahre alten Personen.

a) M. G., 59 Jahre alt, Orgeldreher und Potator, am 21. III. 1877 aufgenommen, hatte vor 4 Wochen Icterus, dessen Residuen noch nachweisbar, fühlt sich schon seit Längerem unwohl. Seit 8 Tagen besteht Schwerathmigkeit und Stechen auf der Brust, mit blutig-schleimigem Auswurf. Temperatur 39,0° C. Pneumonie des rechten Unterlappens. Zwetschgenbrühsputa, Erbrechen, Singultus. Linker Leberlappen sehr klein.

Die icterischen Erscheinungen nehmen zu, während der pneumonische Process, sich nach aufwärts ausbreitet. Flüssigkeits-Erguss im linken Pleuraraum. Die Temperatur zeigt jeden Tag starke spontane Remissionen bis zur Norm. Im Harn Eiweiss.

Unter zunehmender Somnolenz erfolgt Collaps mit niedriger Temperatur und Tod am 27. III.

Die Section ergab: Linksseitiges seröses, rechtsseitiges faserstoffig-hämorrhagisches Pleuraexsudat von geringer Quantität, graue Hepatisation der rechten Lunge. Pericarditis. Lebercirrhose. Schrumpfniere. Darmcatarrh.

b) A. M., 57 Jahre alt, Zimmermann, am 21. III. 77 ins Spital aufgenommen, seit 2 Tagen bestehen Athembeschwerden, reichlich blutige Sputa. Temperatur 38,4. Pneumonie der rechten Lunge. Am nächsten Tage rascher Collaps. Tod.

Sectionsbefund: Hepatisation des rechten Ober- und Mittellappens, Herz etwas nach links gedrängt. Aorten- und Mitralklappen an ihren Ansatzstellen etwas verdickt. Myodegeneratio cordis.

c) A. M., Kindsfrau, 54 Jahre alt, am 7. December 77 aufgenommen, war 3 Tage vorher mit Frost und Stechen erkrankt. Stöhnende Respiration, zäher, schmutzig gefärbter Auswurf. Temperatur 38,6° C. Linksseitige Pneumonie. Die Temperatur steigt rasch an und bleibt constant hoch. Tod erfolgt am 10. XII.

Section: Graue Hepatisation im l. Ober- und Unterlappen; Engouement im rechten Unterlappen. Etat mammelloné des Magens.

d) J. B., 53 Jahre alt, Taglöhner, gibt zu, in früherer Zeit Potator gewesen zu sein, doch ist seine Anamnese wegen grösstentheils benommenen Sensoriums nicht viel zu verwerthen, ist ungefähr seit 5—6 Tagen krank, angeblich durch ein Trauma.

Hohe Temperatur, Herzschwäche, beträchtliche Macies, starker Darmcatarrh. Beträchtliche Cyanose. Croupöse Pneumonie der rechten Seite. Exquisite Zwetschgenbrüh-Sputa. Daneben Pleuraexsudat. Im Harn Eiweiss. Stühle flüssig.

Unter Delirien und zunehmender Dyspnoe erfolgte nach 2 Tagen der Tod.

Die Section ergab: Linksseitiges Lungenödem, rechtsseitiges serös-fibrinöses Pleuraexsudat. Pneumonie im rechten Ober- und theilweise Mittellappen in rother und beginnender grauer Hepatisation. Stauungsniere. Chronischer Magendarmcatarrh.

e) P. G., 51 Jahre alt, Bäcker, am 17. X. 76 aufgenommen, hat vor 15 Jahren eine Lungenentzündung gehabt, ist seit Jahren angeblich magenleidend.

Die Untersuchung ergab: Gastrectasie und ein hochsitzendes Carcinom des Rectum.

Patient verfiel allmählig cachectisch. Am 1. XII. entwickelte sich eine rechtsseitige Pleuro-pneumonie, die sich bald darauf auch auf die linke Lunge

ausbreitete. Sputa blutig-schleimig-eitrig. Der Tod erfolgte durch Marasmus am 7. XII. nach bereits begonnener Rückbildung der Pneumonie.

Sectionsbefund: Beiderseitiges serös-faserstoffiges Pleuraexsudat; graue Hepatisation im rechten Ober- und theilweise Mittellappen. Im l. Unterlappen ein hämorrhagischer Infarct. Geringes Peritonealexsudat. Ringförmiges Carcinoma recti.

Bei den eben beschriebenen 5 Todesfällen handelte es sich somit

a) um einen 59 jährigen Potator mit Lebercirrhose und Schrumpfniere;

b) um einen 57 jährigen Mann mit Myodegeneratio cordis;

c) um eine 54 Jahre alte Frau ohne weitere Complication als Magencatarrh;

d) um einen 53 jährigen Potator;

e) endlich um einen 51 jährigen carcinomatösen Mann.

III. Die noch übrigen 9 Todesfälle treffen auf die Jahre 11—50 incl. und sind folgende:

a) M. M., 50 Jahre alt, Tischler, am 7. I. 77 aufgenommen, war 4 Tage vorher mit Frösteln erkrankt, will schon seit seiner Jugendzeit an Husten leiden, mit 30 Jahren eine Lungenentzündung gehabt haben. Schwächliches Individuum. Hohes Fieber. Herpesborken an Lippen und Nase. Pneumonie im rechten Oberlappen. Tags darauf rostbraune Sputa. Im Harn geringe Mengen von Eiweiss. Die Pneumonie dehnte sich auch auf den rechten Unterlappen aus. Am 13. Tage derselben starb Patient unter Collaps bei erniedrigter Temperatur.

Die Section ergab: Rechter Oberlappen grau hepatisirt. Im Unterlappen theils graue, theils rothe Hepatisation. In den Oberlappen beider Lungen Narben.

b) J. K., 50 Jahre alt, Fuhrknecht, am 20. X. 77 aufgenommen, war acht Tage vorher mit Hitzegefühl und Husten erkrankt. Die Untersuchung ergab Retraction beider Lungenspitzen, croupöse Infiltration im r. Unterlappen. Mässig hohes Fieber. Die Sputa von schmutzig-rother Farbe und süsslichem Geruch, zeigten unter dem Mikroscop Eiter- und Blutkörperchen, doch kein Epithel. Delirien stellten sich ein und unter anhaltend hohem Fieber ging der pneumonische Process auf den Oberlappen über. Daneben Milzschwellung und diarrhöische Stühle fortdauernd. Am 28. X. trat eine Art Krise auf, Tags darauf erfolgte wieder Ansteigen der Temperatur. Grosse Herzschwäche. Am 5. XI. Tod.

Die Section zeigte im rechten Oberlappen graue, im rechten Unterlappen frische rothe Hepatisation. Im untern Theil des rechten Oberlappens einige bronchectatische Stellen mit eitriger, übelriechender Flüssigkeit. Milz beträchtlich vergrössert. Magen-Darmcatarrh.

c) K. L., 42 Jahre alt, Kellner und notorischer Potator, am 12. II. 77 aufgenommen, gibt an, seit einem Jahre leberleidend zu sein.

Hochgradiger Icterus. Harn stark gallenfarbstoffhaltig, ohne Eiweiss, hat ein specif. Gewicht von 1003 bei reichlicher Menge. Kein Zucker darin ent-

halten; Oedem der Unterextremitäten. Hydrops ascites. Linker Leberlappen verkleinert. Milz erheblich vergrössert. Herzfigur sehr klein, Spitzenstoss im 4. Intercostalraum ausserhalb der Mammillarlinie. Von der Herzspitze an gegen die Aorta zu deutlicher hörbar werdendes systolisches Geräusch, das über der Aorta selbst nicht mehr gehört wird. Linke Lungenspitze leicht gedämpft. Beiderseits Otitis externa. Am 15. II. wurden aus der Bauchhöhle durch Punction 2050 Gramm hydropischer Flüssigkeit entleert. Der linke Leberlappen zeigte sich jetzt etwas tieferstehend, doch blieb die Leber noch immer abnorm klein. Die, wie schon erwähnt, reichliche Harnmenge stieg nach der Punction auf 5000 pro die. Die Flüssigkeit im Abdomen ersetzte sich rasch wieder.

Gleichzeitig bestand Darmcatarrh und Husten mit grünlich-gelblichem, zähschleimigem Auswurf. Fieber war nie vorhanden. Am 20. II. stellten sich bei geringer Temperatursteigerung gelblich-röthliche Sputa ein. Der microscopische Befund zeigte rothe und weisse Blutzellen, letztere zum Theil körnig zerfallen, gelbliche Pigmentirung des Alveolarepithels, Körnerzellen, Bacterien. Terminale, croupöse Pneumonie im rechten Oberlappen, ohne Frost eingeleitet, Temperatur niedrig, Maximum 38,7 ° C. Am 24. II. unter Collaps Tod.

Section: Im Abdomen grosse Menge blutiggefärbter Flüssigkeit mit Fibrinflocken. Linke Lunge an der Spitze adhaerent. Graue Hepatisation im rechten Oberlappen und oberen Theile des Unterlappens. Atheromatöse Auflagerung am Anfangstheile der Aorta. Hochgradige Cirrhose der Leber. Milz beträchtlich vergrössert.

d) R. O., Taglöhnerin, 40 Jahre alt, am 9. V. 77 aufgenommen.

Hochgradig herabgekommenes Individuum, Phthisis pulmonum. Residuen syphilitischer Infection. Terminale croupöse Pneumonie im rechten Unterlappen bei beiderseitiger Phthisis. Daneben Lebercirrhose, Fettniere und Lucs inveterata.

e) M. M., Taglöhner, 33 Jahre alt, mässiger Potator, am 10. IV. 77 aufgenommen, gab an, vor 7 Jahren eine Lungenentzündung gehabt zu haben, seit einigen Jahren schon an Husten zu leiden. 4 Tage vor seiner Aufnahme hatte sich ein Schüttelfrost eingestellt. Croupöse Pneumonie der linken Lunge, stark bluthaltige Sputa. Im Harn viel Eiweiss. Unter zunehmender Schwäche erfolgte am nächsten Tage der Tod.

Sectionsbefund: Faserstoffig-eitrige Pericarditis. Rothe Hepatisation im linken Ober- und theilweise Unterlappen. Rest des linken Unterlappens grau hepatisirt.

f) J. P., 19 Jahre alt, Schlosser, am 30. XII. 76 aufgenommen, war 5 Tage vorher mit Seitenstechen erkrankt. Hiezu trat später reichlicher Auswurf. Patient gibt an mit neun Jahren Lungenentzündung gehabt zu haben.

Hohes Fieber. Pneumonie beider Unterlappen. Zähe, bräunlich-rothe Sputa. Am 2. I. 77 Tod.

Die Section ergab: Rothe Hepatisation im rechten, Engouement im linken Unterlappen. Daneben an der Spitze der linken Lunge mehrere kleine käsige Herde und Kavernen, von cirrhotischem, pigmentirtem Gewebe umgeben.

g) A. S., 19 Jahre alt, Taglöhner, am 14. III. 77 aufgenommen, leidet seit längerem an Husten mit schleimig-eitrigem Auswurf, will auch in der letzten Zeit abgemagert sein. Hereditäre Disposition zu Phthisis ist gegeben.

Der anfängliche Befund deutete auf croupöse Pneumonie, womit allerdings die Anamnese nicht gut in Einklang zu bringen war. Es bestand neben den physicalischen Symptomen, die auf eine ausgebreitete linksseitige und geringere rechtsseitige Infiltration der Lunge deuteten, hohes Fieber (bis zu 41 °) und blutig eitriger Auswurf.

Zunehmende Schwäche und Anämie. Microscopischer Befund der Sputa zeigte massenhaftes, degenerirtes Alveolarepithel und Myelindegeneration ohne Beimengung elastischer Fasern. Da sich keine Krise einstellte, sowie auf Grund der letztgenannten Erscheinungen, wurde die Diagnose der Desquamativ-Pneumonie gesichert. Am 29. III. starb Patient.

Die Section bestätigte die Diagnose auf Desquamativ-Pneumonie in beiden Lungen, die namentlich in den Oberlappen beträchtlich vorgeschritten war, zeigte aber daneben deutlich croupöse Pneumonie des linken Unterlappens. Im rechten Pleuraraum serös-blutiges Exsudat. Geringe Verdickung des Pericards, Aorta kaum für den kleinen Finger durchgängig. Herz im Uebrigen normal. Etwas seröses Transsudat im freien Bauchraum. Beide Nieren sehr gross. Im Darm Residuen eines früheren typhösen Processes.

h) A. S., 19 Jahre alt, Magd, am 19. IV. 76 aufgenommen, war Nachts vorher mit lange dauerndem Schüttelfrost erkrankt. Patientin hat im vergangenen Jahre den Typhus gehabt.

Hohes Fieber, Cyanose, starke Pulsation der Carotiden, ausgedehnte pneumonische Infiltration beider Lungen. Keine Sputa. Harn stark eiweisshaltig. Herpes labialis im Abtrocknen. Linksseitiger Pleuraerguss. Hiezu gesellten sich bald Hyperaesthesie der Haut, geringe Delirien, leichte Ptosis. Auch die Sputa wurden schwach blutig der microscopische Befund derselben ergab Eiterkörper in allen Stadien, wenig Blutkörper, Alveolarepithelien, Detritus, Bacterien. Die ophthalmoscop. Untersuchung zeigte geringes Oedem der Netzhaut mit Verbreiterung der Venen. Durch eine Venaesection wurden 240 Gramm Blutes entnommen und eine vorübergehende Euphorie erzielt, die hochgradige Dyspnoe eine Zeit lang gehoben. Am 25. IV. starb Patient unter Collaps mit niedriger Temperatur.

Die Section ergab allgemeine Anämie, linksseitiges eitrig-faserstoffiges Exsudat im Pleuraraum. Vorgeschrittene Hepatisation sämmtlicher Lungenlappen mit Ausnahme des rechten Oberlappens.

i) S. K., Näherin, 17 Jahre alt, wurde am 26. IV. 77 aufgenommen mit bereits sehr vorgeschrittener Pneumonie rechterseits. Am 29. erfolgte der Tod.

Bei der Section zeigten sich der rechte Ober- und Mittellappen im Stadium der grauen Hepatisation.

Bei diesen 9 Todesfällen handelte es sich also:

a) um einen 50 jährigen Phthisiker,

b) um einen 50 jährigen Mann, der durch einen hartnäckigen Darmcartarrh sehr geschwächt war; die Form der Pneumonie war in diesem Falle die sogenannte wandernde. Der r. Unterlappen wurde zweimal befallen. Herzschwäche,

c) um eine Terminalpneumonie bei einem 42 jährigen Potator mit Lebercirrhose.

d) um eine 40 Jahre alte, hochgradig phthisische und luetische Frau,

e) um eine Complikation mit Pericarditis bei einem 33 jährigen Potator,

f) um croupöse Pneumonie bei phthisischer Lunge eines 19 Jahre alten Mannes,

g) um eine doppelseitige Desquamativ-Pneumonie, wobei croupöse Pneumonie intercurrirte bei einem 19 jährigen Manne mit Aortenstenose,

h) ausgebreitete croupöse Pneumonie von 4 Lungenlappen bei einem 19 jährigen Mädchen,

i) einen Fall von croupöser Pneumonie bei einem 17 jährigen Mädchen.

Bei Betrachtung der besprochenen 17 Todesfälle der Pneumonie zweier Jahre auf der II. med. Abtheilung ergibt sich, dass wir es in den allerwenigsten Fällen mit einer reinen croupösen Pneumonie zu thun hatten, wenn der Fall letal endigte. Es handelte sich in drei Fällen um eine terminale Pneumonie neben Dementia paralytica, Carcinom, Lebercirrhose; 2 mal trat die croupöse Pneumonie bei Leuten mit degenerirtem Herzmuskel auf, 2 mal befiel sie geschwächte Potatoren [in einem der beiden Fälle mit Pericarditis complicirt], gleichzeitig mit Phthise verlief sie fünfmal. Einmal erfolgte der Tod durch Meningitis, nach Ablauf der Pneumonie.

So ziemlich reine Fälle waren somit nur 4, nämlich die serpiginöse bei dem 50jährigen Manne, die vierlappige bei dem 17 jährigen Mädchen, die letztangeführte, und die dreilappige Pneumonie bei der 54 jährigen Frau. —

Es wird gewiss bei derart gelagerten Fällen ein Mortalitätsverhältniss von 18,3 nicht überraschen.

Complicationen haben sich überhaupt sehr viele gefunden. Die häufigste derselben ist naturgemäss Pleuritis, hier aber so häufig, dass das gewöhnliche Procentverhältniss beträchtlich überschritten wird. Es fanden sich nämlich (ausser 10 Fällen von Pleuritis sicca) zwanzig Pleuraexsudate, (13 hievon als einzige Complikation), also 21,5%.

In 7 Fällen trat croupöse Pneumonie zu Phthisis. Letztere findet sich auch noch in einigen Fällen unter den andern Complikationen, die gleich nachher erwähnt werden.

Weitere Complikationen sind folgende:

Meningitis cerebrospinalis, Pleuritis, Syphilis 1
Meningitis purulenta (†) 1
Dementia paralytica (†) 1
Typhus abdominalis. Potatorium 1
Carcinoma recti. Pleuritis (†) 1
Lebercirrhose, Phthisis, Pleuritis. Peritonitis. Icterus (†) . 1
Lebercirrhose, Phthisis, Fettniere, Syphilis (†) 1
Lebercirrhose, Icterus, Schrumpfniere, Pericarditis, Pleuritis (†) 1
Pneumonia desquam., Aortenstenose, Pleuritis (†) 1
Endocarditis, Pericarditis 1
Pericarditis, Potatorium (†) 1
Phthisis, Icterus catarrhalis 1
Myodegeneration, Atheromatose (†) 1
Myodegeneration, Pleuritis, Fettniere (†) 1
Myodegeneratio, Schrumpfniere 1
Myodegeneratio, Pleuritis 1
Nephritis 2
Erysipelas faciei, Pleuritis 1
Potatorium. 4

Eine grosse Anzahl leichterer Complicationen erwähne ich hier nicht. Aus Obigem ergibt sich, dass mehr als die Hälfte aller Fälle mehrweniger complicirt waren.

Bezüglich der oben angeführten Pleuraexsudate erwähne ich, dass in den vier Fällen, die letal endigten, die betreffenden Individuen in höheren Jahren oder von geschwächter Constitution waren, auch die Pleuritis nicht als einzige Complikation auftrat. Die übrigen 16 Fälle betrafen jüngere Leute, von denen nur einer (an gleichzeitiger desquamativer Lungenentzündung) starb.

Ein ausgesprochener Icterus als reine Pneumoniecomplication kam nicht vor, in mehreren Fällen bestand derselbe schon vor Beginn der Pneumonie. Leichte icterische Färbung ist in einigen wenigen Fällen angeführt.

Meningitis cerebrospinalis gleichzeitig mit croupöser Pneumonie trat bei einem noch dazu durch Syphilis geschwächten 22 jährigen Mann auf, wobei sich noch ein Pleuraexsudat hinzugesellte. Der croupöse Process selbst beschränkte sich auf den rechten Ober- und Mittellappen,

Mit der Rückbildung der croupösen Pneumonie, welche am achten Tage kritisch abfiel, verloren sich auch die cerebralen Erscheinungen und es erfolgte vollständige Heilung.

Der mit Typhus abdominalis complicirte Fall liefert zugleich ein hübsches Beispiel eines Pneumonie-Recidivs, wesshalb ich ihn ausführlicher mittheile.

J. Sch., 25 Jahre alt, Hausknecht und Potator, von sehr kräftigem Körperbau und guter Ernährung, erkrankte am 14. XI. 76 während der Arbeit plötzlich unter Schüttelfrost und heftigem Kopfschmerz mit nachfolgendem Stechen auf beiden Thoraxseiten, Schwäche und Appetitlosigkeit. Am 17. XI. ins Spital aufgenommen.

Croupöse Pneumonie im rechten Ober- und Mittel-, im linken Unterlappen Sehr hohes Fieber (bis zu 41,2) rostfarbene Sputa. Frequenter, dicroter Puls, stark beschleunigte dyspnoetische Respiration, Urin eiweisshaltig. Milz nicht vergrössert, am Tage vor der Krise, welche am 7. Tage der Erkrankung eintrat, Alienatio mentis. Am 2. XII. 76 wurde Patient aus dem Spitale entlassen.

Am 6. XII. 76 stellte sich neuerdings Schüttelfrost mit Schwindelgefühl ein, Tags darauf suchte Patient das Spital wieder auf.

Die croupöse Pneumonie ging auch dieses Mal vom rechten Mittellappen aus, ergriff jedoch sämmtliche rechtsseitige Lappen, während diesmal die linke Lunge frei blieb.

Sputum zäh, schleimig mit Blutflecken tingirt. Respiration stark beschleunigt, Puls frequent, Sensorium etwas benommen. Im Harn kein Eiweiss. Gedärme stark meteoristisch aufgetrieben. Der mikroscopische Befund der Sputa (Myelindegeneration, viele Körnchenzellen, viel Detritus, etwas Eiter-, wenig Blutkörperchen) musste Verdacht auf desquamative Pneumonie erwecken, wofür auch das Stationärbleiben des Processes, das rasche Wiederbefallenwerden derselben Lungenpartie, die Febris continua continens, die starke Alienation sprachen. Letztere dauerte fort. Stühle unwillkürlich abgehend, allmählich trat ein apathischer Zustand ein. Die Dämpfung rechts hinten war eine vollständige geworden, die Milz zeigte sich vergrössert, im Harn Spuren von Eiweiss. Die Respiration näherte sich wieder der normalen Frequenz. Am 19. I. 77 stellte sich ein reichliches Roseolenexanthem am Abdomen ein, womit die schon länger wahrscheinliche Typhusdiagnose vollständig gesichert wurde. Der typhöse Process selbst verlief normal, Patient wurde am 10. II. 77 geheilt entlassen.

Aus der Zahl der mit Herzaffectionen complicirten Fälle dürfte vielleicht der folgende Erwähnung verdienen:

A. K., 47 Jahre alt, Metzgersfrau, wurde am 22. II. 1876 in das Spital aufgenommen. P. war am 16. II. Vorm. mit heftigem Schüttelfrost erkrankt, Nachts stellte sich wiederholtes Erbrechen ein, Tags darauf Stechen in der linken Seite, dazu blutige Sputa. K. hatte vor zwei Jahren Gelenkrheumatismus, leidet seit dieser Zeit an Herzklopfen und Schwerathmigkeit, besonders zur Zeit der stets unregelmässigen Menses. Ziemliche Macies und Anämie, hohes Fieber (bis zu 40,5) starke Cyanose und angestrengte Athmung. Pneumonische Sputa. Herzdämpfung normal, Töne rein.

Am 23. II. Abends nach Darreichung von 8,0 salicyls. Natron (auf zweimal gegeben) hochgradiger Collaps (Temperatur fiel von 39,5 ° auf 36,0 °), der durch Campherinjectionen und Cognac gehoben wurde. Die Temperatur stieg noch einmal auf 39,5, von hier lytische Beendigung des pneumonischen Processes. Hieran reihte sich vom 27. II. an eine Herzaffection. Unter vorübergehenden Gelenkschmerzen (beide Unterkiefergelenke) entwickelte sich Endo- und Pericarditis fibrinosa.

Bemerkt sei, dass das Sputum am 11. III. 76 noch deutlich pneumonisch, bis zum 16. III. noch leicht blutig gefärbt war. Patient wurde am 17. III. 76 entlassen. Die Diagnose war Insufficienz und Stenose der Mitralis mit Insufficienz der Aorta.

Was die gleichzeitig mit Phthise verlaufenden Pneumonien betrifft, so sind mehrere von ihnen bereits unter den Todesfällen angeführt. Bei einigen jüngeren Individuen verlief der croupöse Process in ganz normaler Weise und blieb nach Ablauf derselben keine Temperaturerhöhung zurück. Die Diagnose auf beginnende Phthise konnte aus dem mikroscopischen Befund der Sputa und zurückbleibender Spitzenverdichtung bei hereditärer Belastung gestellt werden. Blutgehalt der Sputa jedoch und Fiebertypus waren ganz den croupösen Entzündungen entsprechend gewesen.

Ein Fall, wo sich unmittelbar an das pneumonische Fieber ein phthisischer Process anreihte, dürfte vielleicht näher betrachtet werden, zumal wegen der bedeutenden Ausdehnung des croupösen Processes.

J. B., 18 Jahre alt, Bäcker, ohne hereditäre Disposition zu Phthise, erkrankte am 19. I. 77 mit Frost. Tags darauf kam er in Spitalbehandlung. Es zeigte sich beginnende croupöse Pneumonie im rechten Unterlappen, welche dann auf den rechten Oberlappen und von hier auf die linke Seite überging, nach vier Tagen auch den rechten Mittellappen befallen hatte, so dass am 23. I. sämmtliche Lungenlappen ergriffen waren, allerdings nicht in ihrer ganzen Ausdehnung. Von einem phthisischen Vorgange war damals noch kein Anzeichen. Puls sehr frequent, Fieber hoch, 1—1,5 ° C. remittirend; Milz nicht vergrössert. Herpes an der linken Unterlippe. Starke Cyanose, Athmungstypus rein kostal, linker Thorax mehr gehoben als rechts, Athmungsfrequenz sehr hoch, 50—60 pro Minute. Zwerchfellathmung fast vollständig aufgehoben. Sputa Epithelien und Pigment, einzelne Myelinzellen, Eiter und Blut enthaltend, Harn sedimentös, zeigt geringen Eiweissgehalt. Keine Delirien. Am 25. I. trat hiezu noch ein rechtsseitiges Pleuraexsudat. Die Dyspnoe nahm nicht zu, auch die Cyanose nicht trotz so hochgradiger Verminderung der Athmungsfläche. Patient zeigte keine Spur von Schwäche. Sputum reichlich, dünnflüssig, schaumig, schwach bluthaltig. Pneumonie zeigt sich überall vorgeschritten, noch nirgends in Lösung. Athmungsfrequenz auf 80 gestiegen. Fieber hoch.

Allmählig ging von jetzt der Process in Lösung über, am längsten währte die Infiltration im rechten Oberlappen. Am 28. I. sind die Sputa bereits blutfrei. Das Fieber nahm zugleich an Intensität ab. Am 4. II. allenthalben vollständige Lösung. Auch das Pleuraexsudat hatte keine beträchtlichere Ausdehnung

genommen. Am 6. II. reichte dasselbe noch bis zur Spina scapulae. Puls- und Respirationsfrequenz abnehmend, letztere immerhin noch 40.

Das anhaltende Fieber, die fortwährend reichlichen, globösen Sputa liessen auf phthisische Vorgänge schliessen, deren Localisation dem physikalischen Befunde nach in beiden Oberlappen zu suchen war. Die im Bereiche des rechten Unterlappens bleibende Dämpfung wies auf eine Pleuraschwarte.

Patient wurde am 29. II. 77 auf Wunsch entlassen, nachdem in den letzten 14 Tagen seines Aufenthaltes im Spitale die bis dahin febrile Temperatur sich in eine normale, hie und da subfebrile umgewandelt hatte.

Bezüglich des Sitzes der Pneumonie ist mitzutheilen, dass in einer grossen Anzahl der Fälle eine bedeutende Ausdehnung der Erkrankung eintrat. Es sind drei Fälle notirt, wobei sämmtliche Lappen ergriffen waren, zwei, wo vier Lappen ergriffen, 17 Fälle mit Affection dreier Lappen, 24 Fälle doppelseitiger Pneumonien. Ich füge hinzu, dass ich in Fällen, wo die Affection eines Lappens nicht sicher, sondern nur wahrscheinlich war, denselben in der nachfolgenden Aufzählung eingeklammert habe

Sitz der Entzündung war in 40 Fällen die rechte Lunge und zwar

RO	8 mal
RU	3 „
RU RO.	11 „
RO RM	6 „
RM RU	1 „
Die ganze rechte Lunge	6 „
Dazu die fraglichen Fälle RO (RM) .	2 „
RU (RO) . .	1 „
RU (RM). .	1 „
RU (RO RM)	1 „

Der rechte Mittellappen ist, allein ergriffen, nie vorgekommen.

Die linke Lunge allein war 26 mal befallen, nemlich

LO	2 mal
LU	15 „
Die ganze linke Lunge	8 „
Dazu der fragliche Fall LO (LU) . .	1 „

Was die 24 Fälle doppelseitiger Entzündung betrifft, so ergeben sich folgende Combinationen:

3 totale, wobei in einem Falle (LU)
1 rechterseits ganz, dazu LO
1 linkerseits ganz, dazu RM RU
1 linkerseits ganz, dazu RO

1 linkerseits ganz, dazu (RO)
2 linkerseits ganz, dazu RM
1 RO RM LU
1 RO RU LU
1 (RO) RU LU
1 RM RU LU
1 (RM) RU LU
3 RO LU
1 RO LO
4 RU LU
1 RU LO

1 Fall endlich, wo bei der ersten Affection
RO RM LU, beim Recidiv
die ganze rechte Lunge befallen wurde.

In zwei Fällen ist der Sitz nicht notirt.

Aus Obigem ergibt sich, dass der rechte Oberlappen am häufigsten afficirt war, nemlich 48 mal, hierauf folgt der linke Unterlappen 45 mal, dann der rechte Unterlappen 38 mal, der rechte Mittellappen 28 mal und endlich der am seltensten befallene linke Oberlappen 22 mal.

Was die sogenannten Spitzenpneumonien anlangt, von welchen etwa ein Dutzend Fälle zu verzeichnen sind, so bot der Verlauf derselben wenig Abweichendes gegen den der übrigen, wenigstens bei denen, wo nur ein oder beide Oberlappen befallen waren. Es war die Temperatursteigerung nicht höher, als bei den anderen, Delirien traten nur bei zweien auf und kein Fall endete letal.

Hinsichtlich der Disposition zu croupöser Pneumonie sei bemerkt, dass — wie sich der Anamnese der 93 Fälle entnehmen liess — 25 derselben bereits früher von einer Lungenentzündung befallen waren, in manchen Fällen öfter; zwei gaben sogar an, schon 6 mal eine Lungenentzündung gehabt zu haben. Es waren also 27 % der Fälle neuerdings von Pneumonie ergriffen.

Nur ein Fall kam im Laufe der Jahre 1876 und 1877 zweimal auf der II. med. Abthlg. in Behandlung (abgesehen von dem oben beschriebenen Recidiv) nemlich folgender:

V. F., 32 Jahre alt, Schreiner, erkrankte am 22. I. 76 mit heftigem Schüttelfrost, dem ein 7tägiges Prodromalstadium, bestehend in Frösteln, Hitzegefühl, Schweiss, Kopfschmerz, etwas Husten mit gelblichem Auswurf, vorangegangen war. Bei seiner Aufnahme ergab sich croupöse Pneumonie der ganzen

rechten Lunge, rostbraune Sputa. Hohes Fieber. Die Krise erfolgte am 4. Tage, die Lösung zog sich indess unter kleinen Fieberexacerbationen noch drei weitere Tage hinaus, während welcher das blutige Sputum fortdauerte. Patient war dann gesund bis Ende des Jahres 1877. Nachdem einige Zeit Husten ohne blutigen Auswurf vorhergegangen, erkrankte er neuerdings am 1. December unter leichtem Frost und Stechen auf der rechten Seite. Diessmal erstreckte sich die Pneumonie nur auf den rechten Ober- und Mittellappen. Das Fieber war gering, das Sputum nur spärlich blutig. Am zweiten Tage nach der Aufnahme erfolgte die Krise.

Bezüglich der erhöhten Disposition Einheimischer Fremden gegenüber möchte ich noch erwähnen, dass sich in 62 Fällen die Zeit des Hierseins genau eruiren liess. Davon waren

8 unter 4 Wochen hier
12 unter 1 Jahr „
17 1—5 Jahre „
12 über 5 Jahre „
13 immer „

Die Zahl ist wohl zu klein, um hieraus einen Schluss zu ziehen.

Hinsichtlich der letal geendeten Fälle erwähne ich, dass es fast durchgehends Einheimische waren; doch ist auch hiemit nichts gesagt, zumal ja die bedeutend grössere Majorität der Gestorbenen dem höheren Alter angehört, das weniger die Wohnsitze wechselt.

Was nun den Beginn der Erkrankung betrifft, so war es am häufigsten ein ausgesprochener Schüttelfrost, welcher dieselbe einleitete. Er konnte unter den 93 Fällen 52 mal mit Sicherheit constatirt werden. Die Dauer desselben ist eine verschiedene, mitunter kamen mehrstündige Schüttelfröste vor. In etwa 6 Fällen war, nach den Angaben der Patienten, eine Wiederholung desselben gegeben. Bezüglich der Tageszeit, in welcher der Frost den Patienten befallen hatte, fand sich, wenn überhaupt 37 Fälle, in welchen eine genauere Zeitangabe über den Schüttelfrost vorhanden war, ein Resultat ergeben, dass derselbe häufiger Abends und Nachts sich einstellt, als Morgens und unter Tags. Nach den Angaben der Patienten trat nemlich der Frost auf

Früh Morgens	1 mal	Vormittags 10 Uhr . . .	1 mal
Morgens 2 Uhr	1 „	Mittags 12 Uhr	1 „
„ 3 „	2 „	Nachmittags	1 „
„	2 „	Nachmittags 3 Uhr . . .	1 „
Vormittags 6 Uhr	1 „	„ 4 „ . . .	1 „
„ 7 „	1 „	unter Tags (bei der Arbeit)	1 „
„ 8 „	1 „		16 mal
„ 9 „	1 „		

Abends	6 mal	Nachts 10 Uhr	1 mal
Abends 5 Uhr	2 „	Nachts 11 „	1 „
„ 6 „	3 „	„ —	4 „
„ 7 „	3 „		21 mal
„ 8 „	1 „		

In einigen wenigen Fällen konnten an Pneumoniekranken im Spitale selbst Schüttelfröste constatirt werden. So leitete ein Schüttelfrost die Meningitis purulenta ein, an welcher ein Pneumoniker kurz nach Abfall seiner Pneumonie erkrankte. Ein Frost bezeichnete den Anfang einer croupösen Pneumonie bei einem an Dementia paralytica in Spitalbehandlung stehenden, während die Terminalpneumonien zweier an Carcinoma Recti und an Lebercirrhose im Krankenhause behandelten ohne denselben einsetzten. Bei den drei Fällen von Nachschüben erfolgte einmal ein Frost, einmal ist nichts hierüber notirt, einmal derselbe als fehlend bezeichnet. In einem weiteren Falle endlich wurde eine eintägige Pneumonie bei einem jungen der Phthise verdächtigen, seit Kurzem in Behandlung stehenden Mädchen durch einen Schüttelfrost eingeleitet.

Von den übrigen Anfangssymptomen fanden sich etwa 16mal Frösteln oder Frieren, etwas weniger oft Stechen auf der Brust oder in der Seite. Diese beiden Momente finden sich häufig gleichzeitig notirt. In etwa 10 Fällen wird allgemeines Unwohlsein angegeben, das die Erkrankung einleitete und sich in Kopfschmerz, Appetitlosigkeit, Mattigkeit, vermehrtem Durstgefühl, Druckgefühl auf der Brust u. s. w. äussert. Husten ist unter den Einleitungssymptomen im Ganzen nicht oft angeführt, wenigstens nicht als einziges. Blutiger Auswurf trat bei Beginn der Erkrankung nur 4 mal auf. In einem Falle gab der Patient an, einen Tag vor dem einleitenden Schüttelfrost Blutgehalt im Sputum bemerkt zu haben Erbrechen findet sich zu Anfang der Erkrankung 3 mal notirt, einmal zugleich mit dem Schüttelfroste, zweimal ohne diesen. Der Frost selbst ist in etwa einem Drittheil der Fälle, wo er aufgetreten, mit gleichzeitigem oder bald darauf erfolgendem Stechen auf der Brust oder in der Seite verknüpft. Zweimal ging demselben ein deutliches Prodromalstadium, von sieben und von drei Tagen vorher, das aus allgemeinem Unwohlsein und leichtem Frösteln bestand, bis dann der eigentliche Frost die Erkrankung definitiv einleitete. Mit unter den andern Anfangssymptomen notirt finden sich ein paarmal Athemnoth, Kreuzschmerz, Schwindel. Einmal ziehende Schmerzen in beiden Beinen, einmal Halsweh.

Diarrhoe findet sich beim Beginn der Erkrankung nur etwa 3 mal. Obstruction ist die Regel.

In einigen wenigen Fällen liess sich der Anamnese entnehmen, dass der Patient nach eingetretener Erkrankung, etwa nach überstandenem Schüttelfroste wieder seiner Arbeit nachging, bis ihn die zunehmende Schwäche zu Bett nöthigte. — Bezüglich der die Krankheit begleitenden Symptome ist nicht viel zu erwähnen. Herpes wurde selten beobachtet, im Ganzen etwa 16 mal. Diese geringe Zahl dürfte jedoch kaum einfach auf Grund mangelnder Notizen erklärt werden. In einem Falle, welcher nach jeder Hinsicht das klare Bild einer Pneumonie war, zeigten sich einen Tag vor der am 5. Tage der Erkrankung erfolgenden Krise deutliche frische Roseolen auf der Brust, während sich andrerseits die Herpeseruption in zahlreichen Bläschen an Ober- und Unterlippe erst nach eingetretener Krisis einstellte. Bezüglich der durch Herpes günstiger zu stellenden Prognose füge ich hinzu, dass bei 2 von den letal endenden Fällen Herpes vorhanden war.

Was nun die Qualität der Sputa anlangt, so waren dieselben:

62 mal als pneumonisch oder blutig notirt,
8 „ „ schwachblutig oder blutig gestreift,
3 „ „ rostfarben,
3 „ „ röthlich-gelblich,
1 „ „ gelblich-zähe,
2 „ „ schmutzig-bräunlich (zwetschgenbrühartig),
3 „ „ eitrig-schleimig,
1 „ „ bronchitisch,
1 „ „ schleimig.

In 6 Fällen fand ich keine Notizen hierüber,

3 mal war ausdrücklich der Mangel an Sputum bemerkt.

Der Auswurf hatte also in der weitaus grösseren Mehrzahl einen exquisit croupös-pneumonischen Character. Ich bemerke hiebei, dass ich in allen Fällen, wo neben dem deutlich characteristischem Sputum noch andere Variationen vorkamen, ich diese nicht anführe, um auf diese Weise weniger Spielarten und Nüancen (wie bernstein-, crocus-, zinnober-, ziegelfarben u. s. f.) zu erhalten.

Hinsichtlich des microscopischen Befundes der Sputa erwähne ich, dass in etwa 10 Fällen deutliche, mehrweniger ausgebreitete Myelindegeneration des Alveolarepithels constatirt wurde und zwar bei microscopisch

für Pneumonie characteristischem Auswurf. In einzelnen Fällen überwog die Menge der Eiterkörper relativ die der Blutkörper bedeutend. Ferner zeigten sich Sputa mit Körnchenzellen mit schwarzem Pigment, mit fettig zerfallenen Epithelien, Detritus mit Bacterien. Solche Sputa, welche von denen der croupösen Pneumonie abweichen, kamen etwa in einem Dutzend von Fällen zur Beobachtung. In fünf dieser Fälle kommen sie indess sicher auf Rechnung einer gleichzeitig bestehenden Phthise.

Was den Auswurf bei älteren Individuen anlangt, so war derselbe in der weitaus grösseren Mehrzahl echt pneumonisch. Von 20 Fällen (Individuen, die über 50 Jahre alt) war das Sputum 14 mal pneumonisch, 2mal spurweise blutig, 1 mal schmutzigbraun, 2 mal schleimigeitrig und 1 mal „kein Sputum“ notirt.

Zwei Cachectische zeigten blutige Sputa. Bezüglich des Verhältnisses, in welchem das blutige Sputum zu dem Beginn des Fiebers und dessen Defervescenz steht, fand sich Folgendes:

Ueber den ersten Eintritt des Bluts im Sputum lässt sich nichts Genaues feststellen. In vier Fällen erfolgte, wie schon erwähnt, gleich beim Beginne der Erkrankung blutiger Auswurf, einmal angeblich schon einen Tag vorher. Jedenfalls erscheint das Blut im Sputum sehr bald nach Beginn der Pneumonie. In der Mehrzahl der Fälle cessirte der Blutgehalt kurz vor oder unmittelbar mit der eintretenden Krise, hörte jedoch auch manchmal früher auf. Nach dem Abfall des Fiebers zeigten sich in 20 Fällen noch deutlich blutige Sputa. Nur in 4 hievon bestanden gleichzeitig einige subfebrile Exacerbationen, sonst nie Fieber. Dagegen war häufig physikalisch nachzuweisen, dass die Lösung der Pneumonie sehr langsam vor sich ging, ja in einzelnen Fällen war noch ein geringer Fortschritt der Infiltration in diesem Stadium zu constatiren. Die Dauer des blutigen Auswurfs nach der Remission des Fiebers beschränkte sich auf 2—5 Tage, ging aber in einigen Fällen über diese hinaus und erreichte in einem Falle sogar den 21. Tag nach der Krise. Das Blut in derartigen Sputis war manchmal weniger reichlich, als während der eigentlichen Erkrankung oder entfärbt, in der Mehrzahl jedoch frisch, das Sputum also echt pneumonisch. In einem einzigen Falle trat erst nach der vollendeten Lysis des Fiebers ein paar Tage lang blutiges Sputum auf.

Im Harn fand sich sowohl während des Fiebers als auch nach demselben in etwa 50 % aller Fälle Eiweiss, in vielen Fällen ist der Harn als stark eiweisshaltig bezeichnet, in andern dagegen sind wieder bloss Spuren hievon nachgewiesen. Blut fand sich 3 mal, Indican 1 mal. Nur

in zwei Fällen sind hyaline und epitheliale Cylinder, theils intact, theils in Fettdegeneration begriffen, notirt. Was nun die verminderte Ausscheidung des Urins, sowie die Vermehrung seines specifischen Gewichtes während der croupösen Pneumonie anlangt, so hat sich aus nicht ganz 50 Fällen, bei welchen eine genaue diessbezügliche Aufzeichnung über Menge und specifisches Gewicht des Urins vor und nach der Krise beziehungsweise Lyse stattfand, Folgendes ergeben:

Die Menge des Harns, deren genaue Bestimmung ja häufig nicht möglich ist, findet sich wohl aus eben diesem Grunde oft als sehr niedrig angegeben und bleibt fast in der Hälfte der Fälle, zumal bei Weibern noch unter den von Jürgensen angegebenen Zahlen (800—1000) zurück. Erheblich überschritten wurde die Normalzahl 1000 nur in 5 Fällen (von 1500—2500 ccm.), wobei natürlich auch das specif. Gew. entsprechend vermindert ist, und von 1013—1008 schwankt. Der Rest der Fälle zeigt die für croupöse Pneumonie characteristischen Verhältnisse.

In der Mehrzahl der Fälle dauert die verminderte Harnausscheidung mit erhöhtem specifischen Gewichte noch eine kurze Zeit nach der Krise fort, in 4 Fällen bis zum 7. oder 8. Tage. Zugleich zeigt sich oftmals nach dem Temp.-Abfall das specifische Gewicht noch mehr erhöht, als diess vor der Krise der Fall gewesen, in 7 Fällen ist dieser Unterschied ziemlich beträchtlich, ja es sind 5 Fälle constatirt — eine ziemlich hohe % Zahl — wo erst nach Eintritt der Krise das specifische Gewicht zu steigen begann, die Menge des Urins sank, während auf der Höhe des pneumonischen Processes diese für die croupöse Pneumonie characteristischen Verhältnisse nicht bestanden hatten. Nur in einem Falle kam das specifische Gewicht des Harns dem von Lebert angegebenen Maximum nahe, indem es vor der Krise 1026—1028, nach der Krise 1034—1031 zeigte.

Einigemale zeigt sich eine mehrweniger ausgiebige Schwankung sowohl vor als nach der Krise, eine Abweichung des in den allermeisten Fällen regelrechten Typus. So ist beispielsweise in einem Falle das specif. Gewicht des Urins einen Tag vor der Krise 1011, am Tag der Krise 1017, Tags darauf 1006, nach weiteren 4—5 Tagen 1021—1028 aufgezeichnet. Die Harnmenge verhält sich dem entsprechend.

Im Allgemeinen aber ist der Typus eingehalten, dass die Harnausscheidung gegen die Krise zu oder bald nach derselben am stärksten vermindert, das specifische Gewicht entsprechend erhöht ist, wobei selbstredend die kritischen Schweisse eine wesentliche Rolle spielen.

Was den Zustand des Nervensystems im Verlaufe der croupösen Entzündung der Lunge betrifft, so wurden 19 mal Delirien constatirt, und zwar 5 mal bei letal endigenden, schwer complicirten Pneumonien, 3 mal bei ausgesprochenen Potatoren, 3 mal nach Gebrauch von salicylsaurem Natrium, 1 mal bei gleichzeitiger Meningitis, der Rest trifft auf Phthisiker, Herzdegeneration, Spitzenpneumonien und gewöhnliche Fälle*). Heftiger Kopfschmerz kam in einigen wenigen Fällen vor, in 4 Fällen sehr aufgeregte Herzaction. Bezüglich des Potatoriums ist mitzutheilen, dass dasselbe nur in 7 Fällen ausgesprochen war, 4 mal davon die einzige Complication der Pneumonie bildend. Indess konnte hinsichtlich der Temperatur sowohl, als auch was Quantität und Qualität des Auswurfes anlangt, eine Abweichung von dem gewöhnlichen Verlaufe einer croupösen Pneumonie hiebei nicht constatirt werden.

Bezüglich der Herzschwäche ist zu erwähnen, dass dieselbe, wohl auf Grund der sorgfältig durchgeführten excitirenden Behandlung, deren später ausführlicher gedacht wird, nur in sehr seltenen Fällen, im Ganzen etwa 5 mal, auftrat; auch sind unter den letal geendeten Fällen kaum 2 oder 3 durch Herzschwäche Gestorbene zu verzeichnen.

Abgesehen von den bereits unter den Complicationen angeführten Herzanomalien fand sich etwa 7 mal erhebliche Verstärkung des zweiten Pulmonaltons, 2 mal der zweiten Pulmonal- und Aortentöne, 5 mal systolisches Blasen im Bereiche der Mitral-Klappe, 2 mal über der Mitralis und Aorta zugleich, notirt.

In Bezug auf die Qualität des Pulses, sowie auch der Respiration, ist nichts zu verzeichnen, was von den gewöhnlichen Beobachtungen hierüber abwiche.**)

Die Angaben über die Milz dagegen weichen etwas von den gewöhnlichen Beobachtungen ab. In den 17 Todesfällen zeigte sich die Milz nur 7 mal vergrössert, 8 mal nicht vergrössert. Zweimal fand eine Section nicht statt. Da nun die meisten der Todesfälle keine reinen Pneumonien sind, erscheint hier die Vergrösserung der Milz nicht so häufig, als gewöhnlich

*) Die Delirien währten nicht immer bloss während der Höhe der Erkrankung, in zwei Fällen reichten sie noch 2–3 Tage über die Krise hinaus.

**) In den von Pneumonie ergriffenen Lungenpartien fand sich bei der Section immer Injection der Bronchial-Schleimhaut in den verschiedensten Farbennuancen von rosa bis blauroth, ferner immer zähschleimiges, manchmal eitrigschleimiges Secret auf der Mucosa der Bronchien. In den Bronchiolen häufig auch fibrinöse Pfröpfe.

angegeben wird. Nimmt man hinzu, dass von den übrigen 76 Fällen die Milz nur 12 mal als vergrössert angegeben ist, so würde sich ein Procentverhältniss von nur 20 % ergeben, wenn nicht anzunehmen ist, dass die Beobachtungen über eine Vergrösserung der Milz zuweilen nicht niedergeschrieben wurden.

Was nun das Verhalten des Fiebers betrifft, so hat sich Folgendes feststellen lassen.

Im Ganzen ist der für die croupöse Pneumonie festgestellte Fieber-Typus nur selten nicht eingehalten worden.

Die Temperatur von 41,0° C. Axilla wurde nur in 8 Fällen überschritten und ist als höchste erreichte Temperatur 41,7° C. zu verzeichnen. Hingegen kamen auch einige afebril oder wenigstens subfebril verlaufende Pneumonien vor. So erreichte bei einem 32jährigen Manne, der Tags vorher mit Mattigkeit, Appetitlosigkeit und leichtem Husten erkrankt war, die Temperatur am Tage nach der Aufnahme nur einmal 38,7, die übrigen Temperaturen waren vollständig afebril. Physikalisch war eine croupöse Pneumonie des rechten Unterlappens nachweisbar, das Sputum serös-eitrig, mit Blut gemengt.

Ein wesentlicher Unterschied im Typus und in der Höhe des Fiebers hat sich in Bezug auf das Lebensalter nicht ergeben; blos die Terminalpneumonien geschwächter Individuen zeigten nur geringe Temperatursteigerung im Vergleich zu den übrigen Pneumonien.

Bezüglich der Dauer des Fiebers und seines Abfalls ergaben sich in den 76 nicht letal geendeten Fällen folgende Verhältnisse:

57 Fälle endeten kritisch
9 „ „ lytisch.

In 6 Fällen war der pneumonische Process vor ihrem Eintritt ins Spital im Wesentlichen schon abgelaufen; in 2 Fällen liess sich die croupöse Pneumonie von den gleichzeitig bestehenden phthisischen Vorgängen nicht genauer abgrenzen. 2 Fälle verliefen nahezu afebril.

Von den 57 durch Krise geendeten Pneumonien konnte in 53 die Zeit der Krise genau constatirt werden und zwar trat dieselbe ein innerhalb

1×24 St. 2 mal	6×24 St. 10 mal
2×24 „ 3 „	7×24 „ 9 „
3×24 „ 6 „	8×24 „ 5 „
4×24 „ 3 „	9×24 „ 4 „
5×24 „ 10 „	12×24 „ 1 „

In den übrigen 4 Fällen konnte der Zeitpunkt der Krise wegen mangelnder Anamnese oder aus andern Gründen nicht festgestellt werden.

Die gänzliche Entfieberung auf dem Wege der Lyse erfolgte innerhalb

9×24 St. 1 mal	12×24 St. 1 mal
10×24 „ 3 „	15×24 „ 1 „
11×24 „ 2 „	unbestimmt, wann 1 „

Es ergibt sich auch bei dieser kleinen Zusammenstellung, wie bei den grössseren Zahlenreihen, welche man bei Jürgensen (Croupöse Pneumonie in v. Ziemssen's Handbuch der spec. Pathol. u. Ther. Bd. IV) u. A. findet, dass die ungeraden Zahlen den geraden gegenüber etwas überwiegen. Uebrigens ist wohl zu berücksichtigen, dass hinsichtlich der Art und Weise, wie man die Krise zu berechnen pflegt, Differenzen bestehen. Die einen rechnen nach Tagen, andere wieder nach Stunden. Wenn z. B. ein Patient gestern Abends mit Schüttelfrost erkrankte, heute in's Spital aufgenommen wurde, so wird häufig der Tag der Aufnahme als der zweite Erkrankungstag bezeichnet und wenn dann nach 5 Tagen die Krise erfolgt, daraus eine 7tägige Pneumonie abgeleitet, während es in Wirklichkeit eine 6tägige war, wenn man mit v. Ziemssen von der Stunde der Erkrankung an die ersten 24 Stunden als I. Tag rechnet u. s. w. Andrerseits ist es schwer, in allen Fällen den Zeitpunkt der Krise genau zu bestimmen, da ja häufig Schwankungen sowie Abweichungen vom Typus vorkommen. In unserer Zusammenstellung wurde als Beginn der Krise derjenige Moment angenommen, wo die Temperatur von ihrer Höhe sich entschieden und definitiv zur Norm herabwendet. In 50 Fällen konnte auf Grund einer deutlich ausgesprochenen Krise dieser Zeitpunkt bei 2stündigen Temperaturmessungen ziemlich genau festgestellt werden und zwar fand sich als Zeit des Beginnes der Krise:

6—8	Uhr	Abends	8 mal	2—8	Uhr	Morgens	5 mal
8—10	„	„	14 „	12—2	„	Mittags	3 „
10—12	„	Nachts	7 „	2—4	„	Nachmittags	3 „
12—2	„	„	7 „	4—6	„	„	3 „

Eine glatt verlaufende Krise, wo die Temperatur, ohne auf einer Stufe länger zu verweilen, und ohne wieder ein wenig anzusteigen, der Norm zueilt, hat sich in genau der Hälfte der Fälle ergeben, während der kritische Abfall in der andern Hälfte der Fälle mehr oder weniger lange unterbrochen war.

Die Dauer des Abfalls betrug

2	Stunden	1 mal	12—16	Stunden	2 mal
2—4	„	2 „	16—24	„	10 „
4—6	„	5 „	24—36	„	10 „
6—8	„	1 „	36—48	„	2 „
8—10	„	3 „	48—60	„	2 „
10—12	„	7 „	60—72	„	1 „

In den übrigen Fällen konnte die Dauer des kritischen Abfalls nicht genau bestimmt werden, doch kam die Zeit, approximativ geschätzt, in den meisten Fällen dem Mittel von 16 Stunden ziemlich nahe.

Tiefe Einschnitte in der Fiebercurve, bis zur Norm und unter dieselbe reichend, finden sich nicht blos bei Darreichung von Antipyreticis, sondern auch spontan nicht selten, und zwar zu allen Zeiten des Fiebers, am häufigsten gleich zu Anfang oder am Tage vor der Krise. In einem Fall war eine deutliche doppelte Krise vorhanden, nämlich die 1. am 3. Tage, dann wieder Anstieg und am 5. Tage definitiver Abfall.

An Collapsen waren (mit Ausnahme der Todesfälle) nur zwei zu verzeichnen, der eine, wie schon erwähnt, auf salycilsaures Natron, der andere spontan.

Bezüglich der letal endigenden Fälle verhielt es sich wie folgt:

1 mal erfolgte nach am 8. Tage der Pneumonie eingetretenem Abfall der Tod später durch Meningitis purulenta.

1 mal unter Collaps mit niedriger Temperatur am 4. Tage der Pneumonie.

1 „ „ „ „ erniedrigter

1 „ „ „ „ erhöhter Temperatur am 5. Tage der Erkrankung

1 „ „ „ „ erniedrigter „ „ 6. „ „ „

3 „ „ „ „ „ „ „ 7. „ „ „

1 „ „ „ „ erhöhter „ „ 7. „ „ „

1 „ „ „ „ „ „ „ 8. „ „ „

1 „ „ „ „ erniedrigter „ „ 13. „ „ „

1 „ „ „ „ „ „ „ 15. „ „ „

2 „ „ „ „ „ „ wegen mangelnder Anamnese unbestimmbar am wievielten Tage.

1 „ nach am 3. Tage erfolgter Krise später marantisch.

2 „ bei gleichzeitig phthisischen Vorgängen, von denen der croupöse Process nicht genau abzugrenzen war.

Der einzige Fall von Recidive ist oben schon genauer angeführt. Nachschübe erfolgten nur wenige, einmal nach am 10. Tage erfolgter Entfieberung und daran angereihter 5tägiger Afebrilität ein Nachschub von

der Dauer eines Tages; ein andermal war am 15. Tage die Lyse vollendet, worauf nach 8 Tagen theils afebrilen Zustandes, theils leichter subfebriler Temperatur unter Frost ein gleichfalls eintägiger Nachschub folgte.

Endlich ein dreitägiger Nachschub, welcher 7 Tage nach der Krise einer 5 tägigen Pneumonie sich einstellte. —

Was nun die Behandlung betrifft, so war dieselbe im Wesentlichen theils eine antipyretische, theils eine excitirende. In 34 Fällen wurden Antipyretica gereicht, Chinin und salicylsaures Natrium in den bekannten Dosen. In drei Fällen wurde Conchinin angewendet, ohne nennenswerthen Vorzug gegenüber den anderen Antipyreticis.

Calomel wurde häufig gegeben (in 19 Fällen), meist zu Anfang der Erkrankung und häufig schöne Remissionen damit erzielt. Bäder hingegen kamen verhältnissmässig selten in Anwendung.

Blutentziehung durch Schröpfköpfe fand häufig statt, eine Venaesection wurde nur in einem Falle, bei einem kräftigen Mädchen wegen starker Cyanose und Athemnoth gemacht; die hiedurch hervorgerufene Erleichterung — nach Entziehung von 240 Gramm Blut — war nur eine sehr flüchtige.

Sehr fleissig aber wurden Excitantien gereicht, in etwa einem Drittheil der Fälle die Stokes'sche Brandyegg-Mixtur oder purer Cognac in Zuckerwasser, Wein in den meisten Fällen, häufig auch Campher innerlich oder als Ol. camphor. (1 : 5) subcutan.

In Bezug auf die Indicationen für die Anwendung der Reizmittel, welche auf der Ziemssen'schen Klinik massgebend sind, verweise ich auf die von Dr. Freudenberger im Münchener ärztlichen Intelligenzblatte (Jahrg. 1879) veröffentlichten klinischen Vorträge des Herrn Prof. v. Ziemssen, in denen insbesondere auch der Werth und die Nothwendigkeit der excitirenden Therapie bei der croupösen Lungenentzündung eingehend besprochen wird.

In Bezug auf die Einwirkung der Antipyretica auf das Fieber bei croupöser Pneumonie ist zu erwähnen, dass häufig schöne Remissionen durch dieselben hervorgerufen oder doch die spontanen Remissionen noch tiefer herabgedrückt werden. Es kamen indessen auch Fälle vor, die spontan tiefere Temperaturabfälle zeigten, als andere unter antipyretischer Therapie.

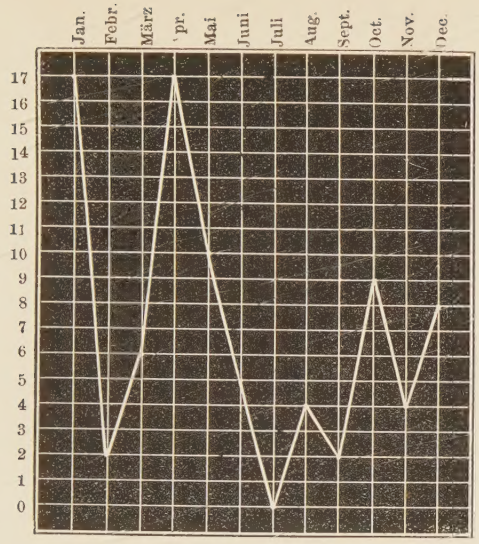
Bezüglich der Häufigkeit der croupösen Pneumonie in den einzelnen Jahreszeiten füge ich zum Schlusse noch bei, dass im Jahre 1876

der Januar die höchste Zahl von Pneumonien zeigte, (13) im Jahre 1877 der April (11), die kleinste Zahl im Jahre 1876 auf den September (0), im Jahre 1877 auf den Juli (0), fiel.

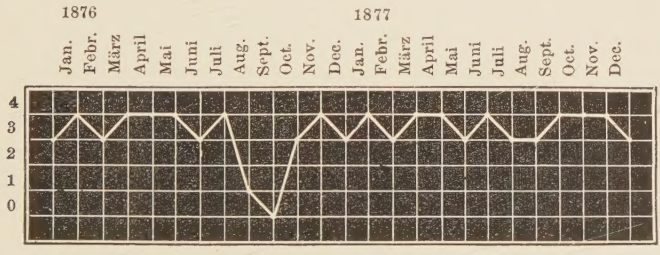
Nachstehende Tabelle gibt die 93 Pneumoniefälle nach den einzelnen Monaten vertheilt.

Monate.	M.	davon †	W.	davon †	Summe	davon †
1876.						
Januar	8	1	5	—	13	1
Februar	1	—	1	—	2	—
März	1	—	1	—	2	—
April	4	—	2	1	6	1
Mai	6	1	2	—	8	1
Juni	1	—	1	—	2	—
Juli	1	1	—	—	1	1
August	1	—	—	—	1	—
September	—	—	—	—	—	—
October	2	1	—	—	2	1
November	2	—	1	—	3	—
December	4	1	2	—	6	1
1877.						
Januar	4	—	—	—	4	—
Februar	1	1	—	—	1	1
März	4	3	1	1	5	4
April	6	2	5	1	11	3
Mai	2	—	1	—	3	—
Juni	1	—	3	1	4	1
Juli	—	—	—	—	—	—
August	2	—	2	—	4	—
September	2	—	1	—	3	—
October	7	1	1	—	8	1
November	1	—	—	—	1	—
December	1	—	2	—	3	1

Die Fälle beider Jahre addirt, geben nachfolgende Kurve, welche im Ganzen und Grossen den hierüber bekannten Angaben entspricht:



Die Todesfälle beider Jahre getrennt, geben nach Monaten geordnet, nachstehende Curve:



Es sind also im Jahre 1877 mehr Sterbfälle an croupöser Pneumonie auf der II. med. Abtheilung vorgekommen, als 1876, nämlich 11 gegen 6 bei fast gleicher Morbilitätsziffer (nämlich 47 : 46), eine Thatsache, aus der sich, wie aus so vielen der vorstehenden Arbeit, wegen der zu geringen Zahlen, mit denen zu rechnen war, kein Schluss ziehen lässt.

Druck von J. P. Himmer in Augsburg.

Druck der J. P. Himmer'schen Buchdruckerei in Augsburg.